

ПРЕОБЛАДАЮЩИЙ ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ (ОСТЕОАРТРИТОМ)

*Лавринович И. Ф., Величинская О. Г., Корнеева В. А.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Остеоартроз – гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц. Заболеваемость остеоартрозом – 8,2 на 100000 населения. Распространённость: 20% населения земного шара имеют признаки данного заболевания, у лиц старше 75 лет рентгенологические признаки остеоартроза наблюдаются у 100%

обследованных. Коксартроз и гонартроз являются частой причиной инвалидизации больных[1].

Определение преобладающего типа отношения к болезни у данной группы больных очень часто бывает насущно необходима для диагностики и выработки рациональных рекомендаций при их лечении. Она всегда бывает полезна для определения дифференцированных, учитывающих индивидуальные особенности пациентов методик лечения, повышая эффективность медицинской помощи в целом.[2]

Цель Определение преобладающего типа отношения к болезни по методике ТОБОЛ разработанной в Научно – исследовательском психоневрологическом институте им. В. Н. Мясищева.

Материал и методы. В исследовании участвовали 19 больных ревматологического отделения Витебской областной клинической больницы страдающих остеоартрозом средний возраст которых составил 55,3 года, все пациенты были опрошены по методике ТОБОЛ (определение преобладающего типа отношения к болезни).

С помощью опросника выявляют 12 типов отношения пациента к болезни:

1. Гармоничный (Г) – трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть всё в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни: стремление во всём активно содействовать успеху лечения; нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

2. Эргопатический (Р) – уход от болезни в работу, характерно ответственное, одержимое отношение к работе, избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением сохранить возможность продолжения активной трудовой деятельности.

3. Анозогнозический (З) – активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных её последствиях; приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам, отказ от обследования и лечения; желание обойтись «своими средствами», пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению.

4. Тревожный (Г) – непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, поиск его новых способов, жажда дополнительной информации болезни, выраженный интерес к объективным данным о заболевании, настроение тревожное; защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

5. Ипохондрический (И) – «сосредоточение на субъективных и иных неприятных ощущениях, стремление постоянно рассказывать о них окружающим, преувеличение действительных и высказывание несуществующих болезней и страданий, сочетание желания лечиться и недоверия в успех, требования тщательного обследования, и в то же время боязнь вреда и болезненности процедур.

6. Неврастенический (Н) – поведение по типу «раздражительной слабости», вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаяниями и слезами; непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения.

7. Меланхолический (М) – удрученность болезнью, недоверие в выздоровление, в возможное улучшение и эффект лечения, активные

депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей, пессимистический взгляд на всё вокруг, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

8. Апатический (А) – полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения; пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны, утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало

9. Сенситивный (С) – чрезмерная озабоченность возможностью неблагоприятного впечатления, которое могут произвести на окружающих сведения о его болезни; опасения, что окружающие станут его избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать неблагоприятные слухи о причине и природе болезни; боязнь стать обузой для близких из-за болезни, и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

10. Эгоцентрический (Я) – «уход в болезнь», выставление на показ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием; требование исключительной заботы о себе, постоянное желание показать другим своё особое положение, исключительность своей болезни.

11. Паранойяльный (П) – уверенность, что болезнь – результат чьего-то умысла, крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения и побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала, обвинения и требования наказания в связи с этим.

12. Дисфорический (Д) – доминирует мрачно – озлоблённое настроение, постоянный угрюмый вид; зависть и ненависть к здоровым, вспышки крайней озлоблённости со склонностью винить в своей болезни других, требование особого внимания к себе, подозрительность к процедурам и лечению, деспотическое отношение к близким – требование во всём ему угодить[3].

Результаты и обсуждение В результате данного исследования были получены следующие данные: у 52% опрошенных был выявлен гармоничный тип отношения к болезни, у 19% опрошенных эргопатический тип, 20% сенситивный, другие типы 9% (смешанные типы).

Выводы. Данное исследование показало, что около половины больных остеоартрозом имеют гармоничный тип отношения к болезни, 19% эргопатический, эти типы характеризуются меньшей выраженностью социальной дезадаптации пациента в связи с данным заболеванием. Около 30% больных требуют пристального внимания, со стороны лечащего врача, так как эта группа больных имеет дезадаптивное поведение.

Литература:

1. Насонов Е. Л. Ревматология. Клинические рекомендации. Москва. «ГЭОТАР – Медиа». 2007 99 – 111.
2. Мягков И. Ф. Боков С. Н. Медицинская психология: основы патопсихологии и психопатологии. Медицинская психология. 2008.
3. Медведев И. Психотерапия при психосоматических заболеваниях. Международный центр охраны здоровья И. Медведева. 2008.